



UNIVERSITÀ DI PISA

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale  
Direttore Prof. Mario Petrini

Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica  
Direttore Prof. Paolo Miccoli

Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia  
Direttore Prof. Giulio Guido

---

## CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

“Evoluzione della cartella infermieristica ed importanza  
dell'informatizzazione nell'integrazione tra Pronto Soccorso  
di Pisa ed area DEA”

RELATORE  
CHIAR.MO PROF. CATIA  
CASTIGLIONI

---

CANDIDATO  
DOTT.SSA DARIA BACCHERETI

---

ANNO ACCADEMICO 2011/2012

Introduzione .....	3
1. Analisi del contesto .....	8
1.1 Definizione e finalità .....	9
1.2 Formazione alla documentazione .....	10
1.3 Ricerca bibliografica documentazione infermieristica e Pronto Soccorso .....	11
1.4 Documentazione informatizzata nei pronto soccorsi .....	14
2. Analisi della responsabilità professionale .....	16
2.1 Evoluzione legislativa della documentazione infermieristica .....	16
2.2 Principali pronunciamenti della giurisprudenza .....	19
2.3 Ipotesi di responsabilità .....	21
3. Analisi del contesto lavorativo .....	24
3.1 Tipologia di cartella infermieristica informatizzata: stato attuale .....	24
4. Analisi retrospettiva .....	26
4.1 Scopo e obiettivi .....	26
4.2 Materiali .....	26
4.3 Metodi .....	33
5. Indagine prospettica .....	35
5.1 Scopo e obiettivi .....	35
6. Risultati .....	37
6.1 Analisi retrospettiva .....	37
6.2 Analisi prospettica .....	40
6.2.1 Pronto Soccorso .....	40
6.2.2 Unità Operative .....	44
Conclusioni e considerazioni .....	50
Bibliografia e sitografia .....	56
Allegato 1 .....	60
Questionario sulla cartella infermieristica in pronto soccorso .....	60
Allegato 2 .....	64
Questionario sulla cartella infermieristica di pronto soccorso .....	64

## **INTRODUZIONE**

In un ospedale strutturato per intensità di cure a cui compete il bisogno di una considerazione olistica dell'essere umano con problemi di salute (è infatti la persona malata - e non più la malattia - il fulcro di tutte le attenzioni terapeutiche e assistenziali) la documentazione infermieristica assume in questo nuovo contesto un ruolo fondamentale; essa è la rappresentazione in forma scritta degli atti compiuti dagli infermieri in relazione ad una determinata persona, dei rilievi effettuati sulla medesima, delle informazioni raccolte, nonché dei dati di carattere progettuale, inerenti la pianificazione dell'intervento assistenziale e delle connesse valutazioni (Rodriguez e Aprile 2004).

Registrare significa certificare quanto fatto, consentire la valutazione dell'operato, sia ai fini dell'organizzazione interna, che quelli del miglioramento della qualità assistenziale. Registrare permette anche di assicurare il mantenimento dello standard assistenziale nell'avvicinarsi degli operatori e nei momenti di dimissione/trasferimento della persona assistita, oltre a garantire la trasmissione e lo sviluppo delle conoscenze.

Negli ultimi decenni nella Pubblica Amministrazione, attraverso l'informatizzazione dei servizi, si sono innescati quei processi che hanno trasformato la struttura dal suo interno. Tale fenomeno, che oggi chiamiamo comunemente "e-government", ha certamente apportato un miglioramento nell'efficienza della macchina amministrativa e soprattutto ha indotto una profonda revisione nel settore dei rapporti con il cittadino specialmente all'interno dei sistemi sanitari ove all'aumento vertiginoso della spesa

corrisponde un contesto di risorse limitate, per cui era di essenziale importanza tendere al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi introducendo modelli organizzativi più dinamici allineando il settore alle attuali richieste. A parità di risorse impiegate è infatti possibile incrementare il servizio reso alla collettività agendo sulle cause di inefficienza produttiva e sugli elementi di squilibrio del sistema, introducendo una cultura manageriale fornendo idonei strumenti gestionali. A vari livelli, tutti i professionisti del settore sanitario sono stati coinvolti in questo processo di rinnovamento e si è compreso come, per operare opportune e tempestive scelte decisionali, fosse di fondamentale importanza gestire in modo innovativo anche gli enormi flussi informativi attualmente presenti nel settore.

La corretta gestione delle informazioni ha pertanto rappresentato per le Aziende Sanitarie un momento strategico. Il sistema doveva fungere da “reporting” per i decisori, ma doveva anche poter indurre una complessiva revisione e modifica delle procedure, delle logiche e degli strumenti di trattamento. Dopo un iniziale momento di incertezza culturale, precise norme legislative sono intercorse a regolare quelle trasformazioni organizzative che le nuove tecnologie stavano consentendo. Tra queste il cosiddetto “Codice dell'Amministrazione Digitale” (D.Lgs. 82/2005) ha rappresentato un momento di vera rottura con il passato, collocando la Pubblica Amministrazione italiana in un percorso di straordinario rinnovamento organizzativo. L'effettivo passaggio da una amministrazione basata su relazioni personali e documenti cartacei ad una tele-amministrazione basata su relazioni telematiche e documenti digitali, è infatti condizione indispensabile per conseguire quegli obiettivi che la stessa legge di riforma si era posta.

Purtroppo vari settori della Pubblica Amministrazione italiana presentano ancora oggi pesanti ritardi nell'informatizzazione dei loro apparati; il fenomeno è particolarmente evidente nel mondo della Sanità, dove una imponente mole di flussi informativi è ancora cartaceo.

Imposta dall'evoluzione professionale, dalle attuali esigenze del sistema sanitario e da precisi riferimenti legislativi, l'introduzione della cartella infermieristica informatizzata ha indotto il personale infermieristico ad utilizzare schemi mentali di lavoro completamente diversi, permettendo al contempo però di documentare con maggior precisione il processo assistenziale messo in atto. L'introduzione dell'informatica è forse l'occasione, per l'infermiere, di riappropriarsi del tempo sottratto all'assistenza da una documentazione sanitaria sempre più vasta e complessa; la trasposizione della cartella infermieristica su supporto digitale permette infatti una gestione dello strumento documentale estremamente più veloce e precisa essa consente inoltre, elemento non trascurabile, di realizzare in tempo reale studi sul proprio operato professionale fino ad oggi resi difficoltosi e temporalmente dispendiosi dalla documentazione cartacea.

La letteratura nazionale ed internazionale evidenzia l'importanza della documentazione infermieristica per un'assistenza di qualità e come il recente ricorso alla informatizzazione della documentazione clinica possa facilitarne la compilazione. Nella maggior parte delle realtà assistenziali nazionali persistono purtroppo pesanti carenze legate ad assenza od incompletezza delle annotazioni infermieristiche che, quando comunque presenti, appaiono spesso inaccurate, inconsistenti e ripetitive.

Il ruolo del Pronto Soccorso (PS) nel Dipartimento di Emergenza ed

Accettazione (DEA) diventa sempre più centrale nella riorganizzazione dell'ospedale secondo il modello per intensità di cura. È il PS, infatti, il responsabile delle scelte di ricovero nei casi di urgenza, designando l'assegnazione di degenza per ciascuna area; mentre spetta al medico valutare la proposta di ricovero avanzata dal medico di famiglia, dalla guardia medica o dallo specialista.

Essendo stata rilevata a prima vista, nella compilazione e nella archiviazione della documentazione infermieristica, una non trascurabile disomogeneità di comportamento e talora di disinformazione infermieristica (di tipo multifattoriale) sull'argomento è nato così il desiderio di dedicare l'impegno di tesi ad analizzare il livello culturale degli operatori assistenziali sull'importanza della documentazione infermieristica attraverso la valutazione qualitativa e quantitativa di tale documentazione attualmente presente.

La tesi si propone di sottolineare il miglioramento della qualità dei servizi erogati e gli avanzamenti nel settore professionale infermieristico indotti dalla congiunzione dei due strumenti: la cartella infermieristica ed il supporto informatico. Si è cercato di evidenziare quali miglioramenti alla documentazione sanitaria possano essere apportati dallo strumento informatico, quali siano i riferimenti legislativi che obbligano il professionista alla sua compilazione, quali requisiti portino ad una cartella infermieristica corretta ed integrata con le altre professioni sanitarie, quale sia l'utilità di tale strumento nello svolgimento della ricerca infermieristica partendo dall'analisi della cartella infermieristica informatizzata presente, nell'area nosocomiale pisana, solo nel PS presso il quale svolgo la mia attività professionale.

Pertanto abbiamo ritenuto che sarebbe stato utile attivare:

- a. uno studio retrospettivo randomizzato relativo alle cartelle infermieristiche compilate in ambito di PS (anno 2012)
- b. uno studio prospettico attraverso la somministrazione di due questionari dedicati, uno per gli infermieri del PS ed uno per gli infermieri delle altre realtà assistenziali interagenti col PS, cercando, ove possibile, di dare una risposta alle carenze rilevate per fornire contemporaneamente eventuali possibili indicazioni ad un corretto utilizzo degli strumenti informatici idonei alla realizzazione di una efficiente cartella infermieristica.

## **1. ANALISI DEL CONTESTO**

La cartella infermieristica è uno dei metodi di valutazione e verifica della qualità dell'assistenza erogata e della qualità intrinseca del documento (chiarezza, completezza, ecc.).

La cartella infermieristica deve essere utilizzata come fonte di indicatori utili per la verifica e la revisione dell'assistenza. Essa è uno strumento in cui vengono riportate tutte le informazioni relative al paziente, ai bisogni individuati, alle azioni infermieristiche da adottare per raggiungere gli obiettivi assistenziali ed alle valutazioni inerenti l'efficacia degli interventi attuati. Tra le finalità della cartella infermieristica, oltre alla raccolta sistematica della documentazione e dei dati utili, alla responsabilizzazione dell'infermiere, alla formulazione di un piano di assistenza individuale, vi è anche la valutazione della qualità dell'assistenza.

L'infermiere, in quanto responsabile dell'assistenza generale alla persona, occupa molto del proprio tempo alla gestione della salute e alla messa in atto di interventi specifici interagendo spesso con le altre figure sanitarie per il raggiungimento degli obiettivi comuni atti a soddisfare i risultati assistenziali prefissati.

Figura centrale in questo processo, l'infermiere ha la necessità di documentare le informazioni raccolte, gli obiettivi, gli interventi e la valutazione del processo di assistenza.

Queste informazioni trovano spazio in strumenti di registrazione standardizzati e di uso comune.

Appare quindi come la documentazione abbia un duplice scopo: uno è quello di



gestire sia la presa in carico della persona che il progetto assistenziale, un altro quello di registrare le prestazioni di natura diagnostica e terapeutica ivi inclusi gli interventi coordinati da altre figure sanitarie.

## **1.1 DEFINIZIONE E FINALITÀ**

Una definizione di cartella infermieristica, in un'ottica medico-legale, è fornita da Rodriguez (1994): “è la rappresentazione in forma scritta degli atti compiuti dagli infermieri su o comunque in relazione a un determinato soggetto nel corso di un dato ricovero ospedaliero; nella stessa sono inseriti anche dati di carattere progettuale, vale a dire la pianificazione dell'intervento assistenziale di competenza infermieristica sul ricoverato”.

Il contenuto della documentazione infermieristica varia in funzione delle singole UUOO e dei loro profili organizzativi: è funzionale all'organizzazione ed alla tipologia di assistenza, e viene elaborato dal gruppo professionale chiamato ad utilizzarla.

Documentare significa porre le basi per comprendere al meglio i bisogni assistenziali della persona, ma anche e soprattutto per consentire a tutti gli operatori di realizzare in modo completo le attività di competenza, assumendo le decisioni più opportune per l'assistito che vede in tal modo realizzarsi così una concreta attuazione del suo diritto a ricevere cure pertinenti ed appropriate.

Documentare significa al contempo raccogliere informazioni, indispensabili per attuare una corretta gestione e organizzazione ai vari livelli di responsabilità assistenziale (infermiere, infermiere coordinatore, infermiere dirigente).

La documentazione clinica, compresa quella infermieristica, rappresenta uno strumento per erogare buona assistenza sanitaria e per valutarne la sua qualità (Casati 2005).

Le finalità della cartella infermieristica sono le seguenti (Casati 2005):

- Favorire la continuità e la personalizzazione dell'assistenza infermieristica e, di conseguenza, la qualità della medesima
- Sostenere l'integrazione fra professionisti
- Documentare l'assistenza fornita dagli infermieri alle persone prese in carico
- Accorciare i tempi delle consegne poiché la documentazione è continuamente aggiornata
- Costruire uno strumento per la valutazione del carico di lavoro infermieristico, almeno di quello diretto all'utenza
- Fornire una traccia delle attività assistenziali che può rappresentare una "banca dati" per ricerche sull'assistenza infermieristica
- Evidenziare la specificità operativa e gli ambiti di responsabilità degli infermieri
- Risultare a supporto dell'esecuzione dei fatti nelle controversie legali

La presa in carico assistenziale infermieristica richiede strumenti informativi a scopo integrativo e a supporto del processo decisionale. La documentazione dell'assistenza infermieristica permette la pianificazione assistenziale e la sua registrazione (Casati 2005).

## **1.2 FORMAZIONE ALLA DOCUMENTAZIONE**

È importante il ruolo che la formazione, nei suoi diversi livelli e con le sue

diverse finalità, può svolgere a sostegno della cultura e della cura della documentazione clinica.

La formazione di base universitaria garantisce gli elementi di contenuto e di metodologia disciplinare che devono trovare la loro espressione anche nella documentazione assistenziale, come strumento a supporto del professionista: D.M. 24/07/1996 Standard formativo pratico e di tirocinio: "... lo studente, alla fine del terzo anno di corso deve (...) essere in grado di (...) pianificare, fornire, valutare l'assistenza infermieristica rivolta a persone sane e malate, sia in ospedale che in comunità; (...) analizzare i risultati di ricerche svolte individuandone le possibili applicabilità; ricercare e sistematizzare i dati raccolti nelle varie realtà operative".

I vari aspetti che caratterizzano la documentazione infermieristica non consentono di identificare in modo univoco quale formazione (formazione complementare ovvero formazione continua - formazione specialistica, manageriale e formativa - e la formazione specialistica) sia necessaria, ma in base alle varie esigenze è indispensabile progettare iniziative formative con differenti contenuti (Dunnion ME, Griffin M. 2010) spendibili all'interno dei diversi ruoli e funzioni che la professione infermieristica assume (Casati 2005).

### **1.3 RICERCA BIBLIOGRAFICA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA E PRONTO SOCCORSO**

Pochi sono gli studi che trattano della documentazione infermieristica all'interno del PS, ma dagli studi presenti si ricava una riflessione sulla particolarità della documentazione all'interno di queste aree di urgenza, dove l'infermiere si trova raramente ad operare una pianificazione assistenziale

secondo i modelli teorici della professione, ma più spesso applica al paziente un approccio “biomedico”, o approccio d’urgenza, invece di una pianificazione olistica.

Le caratteristiche del Dipartimento di Emergenza sono cambiate drammaticamente nel decennio passato con l’incremento degli accessi, e delle responsabilità del personale. Crouch and Williams (2006), riportano questo problema sul piano internazionale.

La natura dell’infermiere all’interno dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza (DEU) si differenzia significativamente dalle altre aree ospedaliere: questo è dovuto al rapido accesso e turn-over di pazienti ed alla grande variabilità delle sintomatologie di ingresso. L’assistenza erogata in un DEU affollato, non deve essere solamente adeguatamente valutata e pianificata ma deve essere anche documentata: la qualità dell’assistenza infermieristica documentata riflette la qualità dell’assistenza erogata al paziente (ABA 2002 e Wright 2005). È vitale avere una documentazione accurata e sistematica in un DEU caratterizzato da una enorme variabilità di pazienti con problemi di salute (Sbaih 1992). Una documentazione esaustiva della presa in carico del malato è assolutamente essenziale in termini di elevati standard assistenziali erogati (Frank-Stromborg et al 2001), di continuità dell’assistenza e in termini di requisiti legislativi (Hilton Taylor 2004).

Jones (1993) riporta che il modello di assistenza infermieristica applicabile in un contesto di struttura di assistenza sia semplice, ma per molti infermieri che lavorano in un DEU questo modello assistenziale non è adeguato, è poco applicabile per un’area clinica d’urgenza. C’è una grande quantità di evidenze che suggeriscono che il modello biomedico è il modello su cui molti infermieri

basano la loro pratica (Pearson et al 2005).

Dunnion (2010) nel suo studio ha riportato come il 99% degli infermieri abbia affermato l'importanza di una pianificazione assistenziale in un DEU. I dati ottenuti da questo studio riportano che il piano di assistenza applicato dal personale infermieristico durante la sperimentazione ha incrementato l'olismo, ha aumentato il tempo di contatto fra paziente e infermiere e migliorato la comunicazione.

L'uso di un modello assistenziale fornisce un approccio sistematico per la documentazione infermieristica.

Pearson et al (2005) affermano che se il modello di assistenza infermieristica è utilizzato e accettato esso condurrà ad un miglioramento dell'assistenza ricevuta dai pazienti in quanto contribuisce alla riduzione della conflittualità, aiuta nella pianificazione assistenziale, fornisce una migliore guida nella politica dei profitti ed incrementa inoltre il successo dell'assistenza multidisciplinare.

Young (2002) sostiene che i piani assistenziali: sono un aspetto essenziale della comunicazione, possono essere facili da comprendere e da seguire, possono essere utili in una più efficace valutazione dei rischi.

Si potrebbe dire che l'enfasi sulle cure mediche acute necessarie e previste nel DEU, incoraggia l'infermiere a orientarsi verso il risparmio di tempo che da il modello medico e che scoraggia il personale infermieristico nel fornire assistenza infermieristica, fondamentale come parte del modello di assistenza olistica.

Yule (2002) descrive come i piani di assistenza siano stati introdotti in un ospedale, con conseguente miglioramento delle cure per i pazienti che

accedono al DEU.

Griffiths (1998) segnala che vi è la necessità di un approccio pianificato di erogazione dell'assistenza a causa di una crescente complessità dell'erogazione delle prestazioni e un rapido turn-over dei pazienti.

Murphy et al (2000) sostengono che l'utilità dei modelli di cura, in pratica, è una questione che ha generato un acceso dibattito all'interno dell'assistenza infermieristica, che gli infermieri devono essere preparati adeguatamente per usare un modello, che vi è la necessità per lo sviluppo futuro di programmi educativi e di formazione; Lee e Chang 2004 e Timmins and O'Shea 2004 evidenziano anche la necessità di programmi per lo sviluppo personale e professionale. Precedenti ricerche inoltre hanno individuato la necessità di corsi di istruzione e formazione degli infermieri, nel tentativo di migliorare la documentazione infermieristica.

#### **1.4 DOCUMENTAZIONE INFORMATIZZATA NEI PRONTO SOCCORSI**

La documentazione sanitaria nei PS della Toscana è una documentazione informatizzata regolamentata dalle seguenti fonti normative:

- Legge 15 marzo 1997, n. 59 “Delega del Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa”
- D.P.R. 10 novembre 1997, n. 513 “Regolamento recante criteri e modalità per la formazione, l'archiviazione, e la trasmissione di documenti con strumenti informatici e telematici, a norma dell'art 15, comma 2, della L. 15 marzo 1997, n. 59”

- D.P.C.M. 8 febbraio 1999 “Regole tecniche per la formazione, la trasmissione, la conservazione, la duplicazione, la riproduzione, la validazione, anche temporale, dei documenti informatici ai sensi dell’art. 3, comma 1, del D.P.R. 10 novembre 1997, n. 513”
- D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 “Codice dell’Amministrazione digitale”

La legge Bassanini ed i successivi decreti hanno posto le basi per la validazione, la tenuta, l’archiviazione, e la trasmissione dei documenti informatici. L’informatizzazione della documentazione è senza dubbio un vantaggio per la facilità di aggregazione dei dati, della loro leggibilità e chiarezza, per la possibilità di essere multiprofessionale ed agevolare così l’interazione fra diversi operatori ed essere un valido supporto alle decisioni clinico-assistenziali (Senes e Bugnoli 2010).

Da un punto di vista organizzativo è necessario essere formati all’utilizzo dei terminali, forniti in numero idoneo, per permettere sempre una tempestiva azione di carattere sanitario. Da un punto di vista giuridico il documento informatizzato, se rispetta le disposizioni regolamentari, “è valido e rilevante a tutti gli effetti di legge”, “soddisfa il requisito legale della forma scritta” e ha “efficacia probatoria” ai sensi della normativa processuale.

## **2. ANALISI DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE**

### **2.1 EVOLUZIONE LEGISLATIVA DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA**

Normative concernenti la documentazione infermieristica:

- D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225 “Modifiche al RD 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici” - “... registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio ...”, “... annotare sulle schede cliniche gli abituali rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti)” = obbligo di documentare
- D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384 “Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall’accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale, di cui all’art. 6, D.P.R. 5 marzo 1986, n. 68” – art. 57 “... deve attivarsi un modello di assistenza infermieristica che, nel quadro della valorizzazione della specifica professionalità, consenta, anche attraverso l’adozione della cartella infermieristica, un progressivo miglioramento delle prestazioni al cittadino ...”, art. 135 “l’adozione della cartella infermieristica è da considerarsi quale parametro per la valutazione della qualità dell’assistenza infermieristica” = qualità dell’assistenza infermieristica e documentazione finalizzata alla personalizzazione dell’assistenza
- Codice Deontologico 2009 art. 27 “L’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di



rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi”

La normativa successiva non contiene riferimenti diretti alla documentazione, ma delinea una nuova concezione di professionista, con competenze specifiche e di autonomia. La documentazione diventa così non solo un obbligo giuridico finalizzato alla registrazione degli “atti” infermieristici, ma un valido strumento che il professionista adotta come supporto per la varie fasi del processo assistenziale (accertamento, pianificazione, attuazione degli interventi, valutazione) che evidenzia la natura tecnica, relazionale ed educativa della professione.

- D.M. 14 settembre 1994, n. 739 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere” – “... responsabile dell’assistenza generale infermieristica”, “l’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa”, “... partecipa all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività”, “.... pianifica, gestisce e valuta l’intervento assistenziale infermieristico”
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie” – “il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie (...) è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici Codici Deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre

professioni del ruolo sanitario ...”

Decisivo è il contributo della deontologia professionale, definibile come il “corpus finalizzato di regole di autodisciplina o di comportamento che, per decisione autonoma di una professione, valgono per i propri membri” (Spinsanti 1995).

- Codice Deontologico 2009 art. 20 “L’infermiere ascolta, informa, coinvolge l’assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito”, art. 21 “L’infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall’assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone a lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza ...”, art. 22 “L’infermiere conosce il progetto diagnostico terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale ...”, art. 23 “L’infermiere riconosce il valore dell’informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l’assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita”, art. 27 “L’infermiere gestisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di un’efficace gestione degli strumenti informativi”
- Legge 10 agosto 2000, n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica” – “gli operatori delle professioni sanitarie dell’area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei

relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza”.

## **2.2 PRINCIPALI PRONUNCIAMENTI DELLA GIURISPRUDENZA**

In ambito giuridico, ogni parte della cartella clinica (intesa come cartella clinica integrata) di un ente sanitario pubblico (o privato accreditato) è considerata un Atto Pubblico<sup>1</sup>.

La dottrina giuridica ha classificato gli atti pubblici in “atti pubblici in senso stretto”, regolati dagli art. 2699 e 2700 del Codice Civile, e gli “atti pubblici in senso lato”, che sono redatti dagli incaricati di pubblico servizio nell'esercizio delle loro attribuzioni.

Prima della L. 42/1999 l'infermiere era un professionista “ausiliario” e la documentazione infermieristica rappresentava una documentazione redatta da un incaricato di pubblico servizio<sup>2</sup>: giuridicamente era considerata un atto pubblico in senso lato, e non aveva la stessa efficacia probatoria della cartella clinica (intesa come cartella medica redatta da pubblico ufficiale<sup>3</sup>). Alla luce di

---

1 Codice Civile, art. 2699, Atto Pubblico “L'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato”; art. 2700, Efficacia dell'atto pubblico “L'atto pubblico fa piena prova, fino a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti”

2 Codice Penale, art. 357, Nozione del pubblico ufficiale “Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi”

3 Codice Penale, art. 358, Nozione della persona incaricata di un pubblico servizio

questa legge invece, l'infermiere, come "professionista sanitario" può essere considerato sia incaricato di pubblico servizio, che pubblico ufficiale a seconda dell'attività svolta: la documentazione infermieristica viene assimilata dal punto di vista giuridico alla documentazione sanitaria redatta da altri professionisti.

L'orientamento della giurisprudenza degli ultimi anni è in linea con quanto riportato sopra. Ecco alcuni estratti di sentenze che trattano questo aspetto della documentazione:

- Cassazione, V sez., 25 settembre 1980 "documentare fatti inerenti all'attività da lui svolta e alla regolarità delle operazioni amministrative alle quali egli è addetto"
- Cassazione, V sez., sentenza n. 9423 dell'11 novembre 1983 "la cartella clinica, della cui regolare compilazione è responsabile il primario, adempie la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti. Attesa la sua funzione di diario i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi"
- Pretura di Firenze, sentenza n. 893 del 9 marzo 1994 "dalla cartella clinica, sebbene gravemente lacunosa, dal libro delle consegne del personale paramedico, più puntuale e ampiamente attendibile secondo il parere dello stesso CT del PM"
- Cassazione Civile, III sez., sentenza n. 11316 del 21 luglio 2003 "vistose carenze della cartella clinica", "presunzione di colpa"

---

"Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale"

- Cassazione Penale, V sez., sentenza n. 22694 del 16 giugno 2005 “La cartella è un atto pubblico che esplica la funzione di diario dell’intervento medico e dei relativi fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono essere annotati conformemente al loro verificarsi”.

### **2.3 IPOTESI DI RESPONSABILITÀ**

La professione infermieristica è una professione intellettuale, ovvero l’opera intellettuale consiste nell’applicazione concreta di cognizioni tecniche e scientifiche nell’oggetto della prestazione, quindi la componente intellettuale della prestazione è preponderante rispetto a quella tecnica, che diventa atto conclusivo di un processo. Questo processo di pianificazione assistenziale deve essere supportato da un’adeguata documentazione.

La documentazione deve rispondere a requisiti sostanziali (veridicità, completezza, precisione, chiarezza, comprensibilità, tempestività) e formali di validità. Il più significativo è rappresentato dalla veridicità, perché è ad esso che è connessa l’effettiva corrispondenza fra quanto eseguito, osservato o pianificato e quanto scritto. Dal punto di vista giuridico, la sua carenza potrebbe configurare alcune ipotesi delittuose:

- Codice Penale art. 476, Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici “Il pubblico ufficiale che, nell’esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso la reclusione è da tre a dieci anni”

- Codice Penale art. 479, Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici “Il pubblico ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell’esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un atto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l’atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell’articolo 476”
- Codice Penale art. 481, Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità “Chiunque, nell’esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l’atto è destinato a provare la verità, è punibile con la reclusione fino ad un anno o con una multa da euro 51 a euro 516”
- Codice Penale art. 493, Falsità commesse da pubblici impiegati incaricati di servizio pubblico “Le disposizioni degli articoli precedenti sulle falsità commesse da pubblici ufficiali si applicano altresì agli impiegati dello Stato, o di un altro ente pubblico, incaricati di pubblico servizio, relativamente agli atti che essi redigono nell’esercizio delle loro attribuzioni”

Il mancato inserimento nella documentazione infermieristica di determinate circostanze o fatti di una certa rilevanza può configurarsi come:

- Codice Penale ex art. 328, Omissione di atti d’ufficio “Il pubblico ufficiale o l’incaricato di pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica,

o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni ...“

Una corretta registrazione formale consente al magistrato di apprezzare non solo il rispetto dei requisiti sostanziali, ma anche la professionalità espressa dall'infermiere.

### **3. ANALISI DEL CONTESTO LAVORATIVO**

#### **3.1 TIPOLOGIA DI CARTELLA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA: STATO ATTUALE**

Nel DEA della Toscana sono in uso diversi programmi informatizzati. Il software più diffuso è il First-Aid della Dedalus, che ricopre gran parte degli ospedali sul territorio regionale ad esclusione dei presidi ospedalieri di Arezzo, Siena, Livorno, Massa ed Empoli. Ha raggiunto questa diffusione per step successivi sin dal 1997 (anno del suo ingresso nell'ospedale di Lucca) ed esistono per questo motivo, diverse versioni del software.

Ad oggi la regione sta lavorando per aggiornare e uniformare, su tutto il territorio, le schede del Triage e creare un'unica tipologia di Triage Globale basato sulle linee guida aggiornate del Gruppo Triage Toscana, mentre per quanto riguarda le diverse tipologie ed utilizzi della Scheda Infermieristica, dove attive, ancora non si evidenzia uniformità di comportamenti e di intenti.

Anche nel PS dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP) è utilizzato il software della Dedalus, First-Aid. Di seguito (Figura 1) viene mostrata la tipologia di "Scheda Infermieristica", scheda che è rimasta pressoché invariata dalla creazione del software.



**First Aid Pronto Soccorso - Terminale N° vlot-psoc-13 Paziente:** [Redacted] - [Scheda Infermieristica]

File Accesso Visite Stampe Statistiche Utilità Finestre Aiuto Agenda

Liste Pazienti Anagrafe Triage Anam./E.O. Attività Terapie **Diario** Epicrisi Esito Sch. Inf. Mod.Triage <->

**Cogn. e Nome** [Redacted] **del** [Redacted] **età** [Redacted] **Accesso** 4/4

**Scheda** 2011012885 **Allergie** Non Riferite

**Caso** Oss. Temp.

**S.G.** riferito dolore fianco sx de

**Data** 25/03/2011 **N.Scheda** 2 / 2 **Classe Dip.** Paz. non all. collab.

**Attività Inf. e Amb.** 64 **0** **Tot.** 64

**Rischi Operatore** **Problemi in evidenza**

**Condiz** **Valori**

Ora	Note/Consegne >>	Infermiere
4 / 6	11:22:18 episodio di vomito	[Redacted]
5 / 6	11:34:57 richiedi eco addome ed rx diretta	[Redacted]
6 / 6	13:27:46	[Redacted]

	Descrizione attività	Peso	Diario
9 / 12	10:03:58 Prelievo sangue venoso	4	[Redacted]
10 / 12	11:34:57 introduzione di catetere venoso corto	2	[Redacted]
11 / 12	11:35:00 Emogas analisi arterioso	5	[Redacted]

Pre. Succ. Salva Annulla Nuovo Note Print Data Chiudi Logout

Figura 1. Software First-Aid – Scheda infermieristica

Essa prevede un login personalizzato infermieristico, con conseguente impossibilità da parte di personale non infermieristico di interagire con l'apposita sezione infermieristica, od anche solo di visualizzarla. Oltre ad un'intestazione con i dati anagrafici del paziente, ha due campi principali: un campo libero "Note" dove si può scrivere liberamente ed un campo "Descrizione attività" dove vengono selezionate le singole attività svolte dall'infermiere, da una lista che si apre a tendina, associate ognuna ad un valore numerico che rappresenta il tempo/carico assistenziale della singola attività. Vi sono inoltre altre sezioni che riguardano: la classe di dipendenza, le condizioni della cute, la presenza di drenaggi-ferite-lesioni, il tipo di respiro, la valutazione del dolore.

## **4. ANALISI RETROSPETTIVA**

### **4.1 SCOPO E OBIETTIVI**

Lo scopo dell'analisi retrospettiva è stato quello di valutare la numerosità e qualità della documentazione infermieristica informatizzata presente in PS.

### **4.2 MATERIALI**

Dal 01 gennaio 2012 al 31 dicembre 2012, i pazienti che si sono rivolti presso il PS dell'AOUH sono stati 84988. La Tabella n.1, di seguito riportata, mostra la suddivisione degli accessi in PS per sintomo principale relativa all'anno 2012, per ogni sintomo è riportato il numero di pazienti e la relativa percentuale.

Dai primi mesi dell'anno, la tendenza del numero di accessi del 2013 coincide con quella del 2012, con una media di pazienti giornaliera che si aggira attorno a 230.

Sintomo Principale	N° Pazienti	%
Cefalea	1308	1,5%
Difficoltà respiratoria	3821	4,5%
Disturbo neurologico focale	1491	1,8%
Dolore addominale	8187	9,6%
Dolore lombare/Mal di schiena	1334	1,6%
Dolore toracico	3438	4,0%
Emorragia digestiva	352	0,4%
Intossicazione acuta	341	0,4%
Manifestazioni cutanee	2395	2,8%
Palpitazioni	1122	1,3%
Persita di coscienza	1562	1,8%
Ferite	2653	3,1%
Trauma addominale	200	0,2%
Trauma Arti	13534	15,9%
Trauma toracico	1126	1,3%
Trauma cranico	3695	4,3%
Trauma vertebrale	2509	3,0%
Ustioni	259	0,3%
Vertigini	885	1,0%
Reazione allergica	368	0,4%
Trauma maggiore	316	0,4%
Ipertensione	160	0,2%
Febbre	3240	3,8%
Stato agitazione psicomotoria	874	1,0%
Sintomi o disturbi oculistici	6426	7,6%
Sintomi o disturbi otorino	2954	3,5%
Sintomi o disturbi ginecologici	748	0,9%
Sintomi o disturbi urologici	1947	2,3%
Altri sintomi o disturbi	16419	19,3%
Accertamenti medico-legali	161	0,2%
Problema sociale	138	0,2%
Coma	244	0,3%
Shock	65	0,1%
Sintomi o disturbi dermatologici	196	0,2%
Sintomi o disturbi odontostomatologici	520	0,6%
<b>TOTALE</b>	<b>84988</b>	<b>100,0%</b>

Tabella 1. Numero di pazienti espresso in percentuale suddiviso per sintomo di accesso in PS

La Tabella 2, di seguito riportata, mostra invece la suddivisione degli accessi relativi all'anno 2012 per attribuzione di codice colore attribuito al Triage.

LIVELLO DI PRIORITA' AL TRIAGE	N°ACCESSI	% ACCESSI
Giunto cadavere	7	0,0%
Rosso: soggetto in condizioni di emergenza	1417	1,7%
Giallo: soggetto in condizioni di potenziale emergenza	15811	18,6%
Verde: soggetto in condizioni di urgenza differibile	42496	50,0%
Azzurro: soggetto che presenta urgenza soggettiva	18763	22,1%
Bianco: soggetto che non presenta condizioni di urgenza	6440	7,6%
<b>Totale</b>	<b>84988</b>	<b>100%</b>

*Tabella 2. Numero di accessi suddiviso per codice colore di priorità espresso in percentuale.*

Della totalità degli accessi nella U.O. di PS per l'anno 2012 il 72,3% dei pazienti viene dimesso dal PS e solo il 12,8% viene ricoverato, come riportato nella Tabella n.3.

ESITO INTERVENTO	N° ACCESSI	% ACCESSI
Dimissione a domicilio	61452	72,3%
Inserito per errore	375	0,4%
Ricoverato	10873	12,8%
Trasferito in specialistica	6664	7,8%
Abbandona PS in corso di accertamenti	663	0,8%
Trasferimento ad altro istituto	90	0,1%
Deceduto in PS	88	0,1%
Rifiuta ricovero	1128	1,3%
Si allontana prima della visita medica	3227	3,8%
Non rientra	292	0,3%
Giunto cadavere	7	0,0%
CNR	129	0,2%
<b>Totale</b>	<b>84988</b>	<b>100%</b>

*Tabella 3. Numero di accessi suddiviso per esito di intervento espresso in percentuale.*

Le Tabelle riportate in precedenza ci permettono di avere una percezione del numero di pazienti che in un anno accedono in PS, ma è importante capire anche quanto mediamente un paziente rimane in PS prima di essere dimesso o ricoverato. La Tabella 4, a doppia entrata, ci permette di confrontare i tempi di permanenza dei pazienti al PS e il codice colore attribuito al Triage.

<b>TEMPO DI PERMANENZA IN MINUTI</b>	<b>BIANCO</b>	<b>AZZURRO</b>	<b>VERDE</b>	<b>GIALLO</b>	<b>ROSSO</b>	<b>TOTALE</b>
Totale accessi	18763	6445	42495	15814	1471	84988
Permanenza < o uguale a 2 ore	11155	3959	18352	1535	84	35085
Permanenza > 2 ore e < o uguale a 4 ore	3770	1125	9437	2652	61	17045
Permanenza > 4 ore e < o uguale a 6 ore	1477	388	5031	1992	22	8910
Permanenza > 6 ore e < o uguale a 8 ore	506	104	2097	871	19	3597
Permanenza > 8 ore	293	111	1212	777	14	2407

*Tabella 4. Tempo di permanenza espresso in minuti relativo agli accessi in PS suddivisi per codice di priorità.*

Dalla Tabella 4 possiamo desumere che circa 32000 pazienti rimangono in PS oltre le due ore.

Il numero di pazienti che mediamente rimane in PS dalle 2 alle 4 ore è il 20% del totale dei pazienti che accedono al PS, dalle 4 alle 6 ore è il 10%, dalle 6 alle 8 ore è il 5%, oltre le 8 ore il 3%.

I pazienti con codice a bassa priorità permangono meno tempo in PS rispetto ai codici ad alta priorità, questo è sicuramente attribuibile all'ambulatorio a loro dedicato in orario diurno, ma anche all'esito dei codici ad alta priorità (generalmente il ricovero) o alla mole di esami diagnostico-strumentali di cui questi pazienti necessitano.

La Tabella 5, di seguito riportata, rappresenta l'elenco dei reparti di destinazione dei pazienti che si sono ricoverati nell'anno 2012. Come possiamo notare i reparti con percentuale più alta di ricovero sono le medicine e la chirurgia d'urgenza.

REPARTO DI RICOVERO	N. PAZ RICOVERATI	% RICOVERATI
ALLERGOLOGIA	1	0,00%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 6°	141	1,29%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 4°	40	0,36%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	32	0,29%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1°	1	0,00%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2°	40	0,36%
ANGIOLOGIA	4	0,03%
CARDIOCHIRURGIA	11	0,10%
CENTRO USTIONI	23	0,21%
CHIRURGIA GENERALE E	14	0,12%
CHIRURGIA GENERALE 1°	15	0,13%
CHIRURGIA GENERALE COLON-	16	0,14%
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	32	0,29%
CHIRURGIA PLASTICA	9	0,08%
CHIRURGIA GENERALE E	5	0,04%
CHIRURGIA MANO E MICROCHIR.	13	0,11%
CHIRURGIA GENERALE 2°	14	0,12%
CHIRURGIA GENERALE E	795	7,31%
CHIRURGIA OFTALMICA	19	0,17%
CHIRURGIA TORACICA	34	0,31%
CHIRURGIA VASCOLARE	49	0,45%
DERMATOLOGIA	11	0,10%
EMATOLOGIA	1	0,00%
ENDOCRINOLOGIA 2°	4	0,03%
ENDOCRINOLOGIA 1°	5	0,04%
GASTROENT. E MALATTIE DI	34	0,31%
GASTROENTEROLOGIA	20	0,18%
MALATTIE CARDIOVASCOLARI 1°	148	1,36%
MALATTIE METABOLICHE E	23	0,21%
MALATTIE CARDIOVASCOLARI 2°	136	1,25%
MALATTIE INFETTIVE	120	1,10%
MEDICINA D'URGENZA	2425	22,30%
MEDICINA GENERALE 4°	620	5,70%
MEDICINA GENERALE 5°	556	5,11%
MEDICINA GENERALE 1°	341	3,13%
MEDICINA GENERALE 2°	785	7,21%
NEFROLOGIA DEI TRAPANTI E	47	0,43%
NEFROLOGIA	35	0,32%
NEFROLOGIA, TRAPIANTI E	5	0,04%

NEONATOLOGIA	4	0,03%
NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	2	0,01%
NEUROCHIRURGIA 1°	59	0,54%
NEUROCHIRURGIA 2°	158	1,45%
NEUROLOGIA	153	1,40%
NEURORIABILITAZIONE	1	0,00%
OCULISTICA	20	0,18%
ODONTOSTOMATOLOGIA	3	0,02%
ONCOLOGIA 2°	4	0,03%
ONCOLOGIA MEDICA	3	0,02%
ONCOLOGIA PEDIATRICA	10	0,09%
ORTOPEDIA 1°	403	3,70%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA 2°	74	0,68%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA 1°	71	0,65%
OTORINOLAR. AUDIOLOG. E	42	0,38%
OTORINOLARINGOIATRIA 1°	64	0,58%
OTORINOLARINGOIATRIA 2°	13	0,11%
PEDIATRIA 2°	64	0,58%
PEDIATRIA 1°	417	3,83%
PNEUMOLOGIA	110	1,01%
PNEUMOLOGIA-FISIOPAT. RESP	113	1,03%
PSICHIATRIA 1°	43	0,39%
PSICHIATRIA 2°	35	0,32%
RADIOTERAPIA	10	0,09%
REUMATOLOGIA	4	0,03%
S.A. FISIOPAT. RESP.	2	0,01%
S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3	0,02%
S.D. CHIR. PROCTOL. E PERINEALE	2	0,01%
S.D. CHIR. DELL'ESOFAGO	7	0,06%
S.D. CHIRURGIA BARIATRICA	5	0,04%
S.D. DIALISI PERITONEALE	3	0,02%
S.D. ENDOCRIN. E METABOLISMO	2	0,01%
S.D. GERIATRIA	120	1,10%
S.D. MEDICINA D'URGENZA UNIV.	1209	11,10%
S.D. NEUROCHIRURGIA GEN. E PEDIATRICA	19	0,17%
S.D. SENOLOGIA	1	0,00%
S.D. CHIRURGIA DELLE VIE	2	0,01%
S.D. ENDOSCOPIA TORACICA	3	0,02%
SOD ORTOP. PROTESICA	2	0,01%
TRAUMATOLOGIA	584	5,37%
U.T.I.C. - M.C.V. 1°	149	1,37%
U.T.I.C. M.C.V. 2°	156	1,43%
UROLOGIA 1°	39	0,35%
UROLOGIA 2°	61	0,56%
<b>TOTALE</b>	<b>10873</b>	<b>100%</b>

Tabella 5. Numero di pazienti ricoverati nelle UO espresso in percentuale.

La casistica riportata per l'anno 2012 comprende pazienti che sono stati inviati a percorsi brevi, denominati fast-track, o che sono rimasti in PS in Osservazione Breve.

Il fast-track è un modello organizzativo già consolidato in alcune realtà regionali e permette all'infermiere di Triage l'invio diretto del paziente allo Specialista in presenza di protocolli, procedure, istruzioni operative sottoscritte dal Direttore del PS e del Coordinatore Infermieristico.

L'Osservazione Breve intensiva prevede un periodo di osservazione e monitoraggio orientato a valutare l'evoluzione del quadro clinico, completando gli accertamenti necessari ove richiesto e possibile e il tempo di permanenza in PS è compreso tra un minimo di 3 ore ed un massimo 24 ore. L'obiettivo è quello di ridurre i ricoveri impropri nei reparti di degenza ed evitare le dimissioni troppo precoci dal PS, garantendo al paziente una maggior sicurezza e l'esecuzione di protocolli diagnostici verificati e normalizzati.

Per l'esecuzione dello studio ho escluso i pazienti che hanno avuto accesso a queste due tipologie di percorso perché i pazienti che accedono al percorso breve non possiedono una cartella infermieristica, invece i pazienti che rimangono in Osservazione Breve possiedono una cartella infermieristica cartacea.

I pazienti che nell'anno 2012 sono rimasti in Osservazione Breve sono stati 5157 (il 6% rispetto agli accessi totali).

I percorsi brevi attivati dall'infermiere di Triage nell'anno 2012 sono stati 22055 (il 26% rispetto agli accessi totali).



### 4.3 METODI

L'analisi retrospettiva è stata condotta su un campione randomizzato di 1000 cartelle ed è stata valutata la presenza e l'eventuale qualità della documentazione infermieristica. La randomizzazione è avvenuta tramite un sistema informatico che ha generato un numero randomizzato di 1000 cartelle.

La rilevazione dei dati in PS è avvenuta previo consenso del Direttore e della Coordinatrice della suddetta Unità Operativa.

L'analisi retrospettiva è durata 3 mesi, da gennaio 2013 a marzo 2013.

Per l'analisi delle cartelle ho utilizzato il programma Excel, con l'elaborazione di grafici, tabelle e tabelle per l'analisi dei risultati.

#### *CRITERI DI INCLUSIONE:*

- Pazienti che hanno avuto accesso al PS nell'anno 2012

#### *CRITERI DI ESCLUSIONE:*

- Pazienti che sono rientrati in un percorso fast-track
- Pazienti che sono rimasti in Osservazione Breve Intensiva
- Pazienti che si sono allontanati volontariamente prima della visita medica
- Pazienti inseriti per errore

È stato considerato come codice colore assegnato il primo codice dato al Triage e non quello della successiva rivalutazione.

I codici bianchi che hanno eseguito la visita medica sono stati inclusi nello studio perché rientrano nei percorsi interni al PS.

Tramite il sistema First-Aid sono state analizzate le 1000 schede dei pazienti generate dal sistema di randomizzazione.

Per ogni paziente è stata valutata la presenza della cartella infermieristica e la qualità della stessa.

La cartella infermieristica analizzata è quella presente sul programma First-Aid denominata scheda infermieristica ed il campo note/diario che contenesse consegne infermieristiche.

Le schede generate dal programma di randomizzazione escluse perché aventi criteri di esclusione o non reperite dal programma (cartelle numero 2012012121 – 2012032510 - 2012033284 – 2012037980- 2012038686 – 2012048080 – 2012048270 - 2012072730 - 2012079993 – 2012081131) sono state sostituite con la scheda numericamente successiva.

## **5. INDAGINE PROSPETTICA**

### **5.1 SCOPO E OBIETTIVI**

Lo scopo dell'indagine prospettica è stato quello di valutare gli ostacoli percepiti dal personale infermieristico del PS e analizzare la percezione e l'importanza che gli infermieri del PS e delle diverse Unità Operative (U.O.) hanno della cartella infermieristica informatizzata.

### **5.2 MATERIALI E METODI**

Per lo studio ho utilizzato due questionari; uno (Allegato 1) indirizzato agli infermieri della UO PS per comprendere come valutano la documentazione infermieristica presente in PS e, un secondo questionario (Allegato 2) indirizzato agli infermieri delle Unità Operative che con più frequenza accettano i pazienti afferenti dal PS per analizzare la loro qualità percepita.

Per l'analisi del questionario ho utilizzato il programma Excel, con l'elaborazione di grafici, torte e tabelle per l'analisi dei risultati.

Sono stati inclusi nello studio le Unità Operative con una percentuale di ricovero relativa all'anno 2012 superiore al 3% pertanto, le Unità Operative comprese nello studio sono:

- Pronto Soccorso
- Medicina Generale 1
- Medicina Generale 2
- Medicina Generale 4

- Medicina Generale 5 e Geriatria
- Medicina d’Urgenza Ospedaliera
- Medicina d’Urgenza Universitaria
- Chirurgia Generale e d’Urgenza
- Malattie Cardiovascolari 1 e U.T.I.C. – M.C.V. 1°
- Malattie Cardiovascolari 2 e U.T.I.C. – M.C.V. 2°

Le Unità Operative di Malattie Cardiovascolari 1 e U.T.I.C. – M.C.V. 1° possiede lo stesso personale, come le Unità Operative di Malattie Cardiovascolari 2 e U.T.I.C. – M.C.V. 2° e Medicina Generale 5 e Geriatria, per questo sono considerate insieme.

Sono state escluse dalla distribuzione del questionario le Unità Operative di Pediatria, Ortopedia e Traumatologia perché la percentuale di ricovero presso questi reparti è dovuta in maggior parte ai percorsi fast-track e, quindi, privi di cartella infermieristica.

Prima della somministrazione nei reparti sopra elencati ho eseguito un pre-test per entrambi i questionari.

Nei questionari somministrati era presente la lettera di presentazione ed è stato garantito l’anonimato del compilatore.

I questionari sono stati consegnati alle Coordinatrici delle Unità Operative nel periodo dal 01 maggio 2013 al 01 giugno 2013, previo consenso del Direttore e delle Coordinatrici stesse.

## **6. RISULTATI**

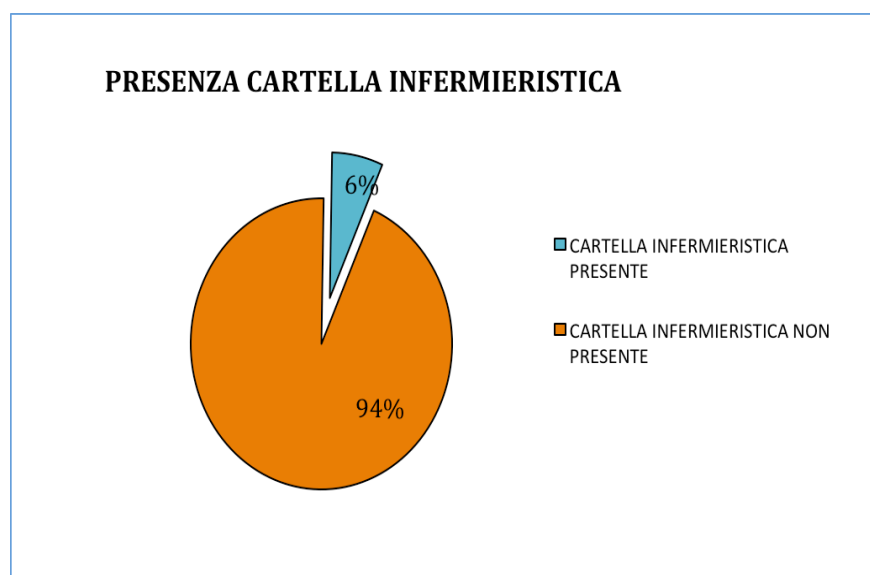
### **6.1 ANALISI RETROSPETTIVA**

Tramite il programma First-Aid ho ricercato le 1000 cartelle randomizzate generate dal sistema informatico.

L'analisi totale ha compreso 1887 cartelle per i motivi di esclusione in precedenza elencati.

Le 1000 cartelle incluse nello studio sono state analizzate e i dati elaborati sono stati immessi in fogli elettronici di Excel per permettermi di analizzare i dati e di elaborarli tramite questo programma.

Per ogni cartella sono stati verificati i criteri di inclusione e di esclusione, se la cartella rispondeva ai requisiti dello studio l'analisi comprendeva la rilevazione del codice colore attribuito al paziente al momento dell'ingresso in Pronto Soccorso, l'esito dell'intervento, la presenza della cartella infermieristica e, dove presente, l'analisi della cartella infermieristica (valutazione dei bisogni assistenziali dell'assistito, valutazione delle condizioni generali del paziente, consegne infermieristiche, rilevazione dei parametri vitali, ecc....)



*Grafico 1. Presenza della cartella infermieristica informatizzata nella UO di PS espressa in percentuale*

Dalle 1000 cartelle analizzate solo 63 possedevano la cartella infermieristica compilata (6%) e le restanti 937 non avevano la cartella infermieristica compilata (94%) come rappresentato nel Grafico 1.

La Tabella 6, a doppia entrata, rappresenta la distribuzione codice colore delle 1000 cartelle analizzate e la percentuale delle cartelle compilate per i relativi codici colore.

<b>CODICE COLORE</b>	<b>CARTELLE ANALIZZATE</b>	<b>PERCENTUALE</b>	<b>CARTELLE COMPILATE</b>	<b>PERCENTUALE</b>
BIANCO	70	7,0%	0	0,0%
AZZURRO	168	16,8%	2	3,2%
VERDE	480	48,0%	19	30,2%
GIALLO	251	25,1%	37	58,7%
ROSSO	31	3,1%	5	7,9%
<b>TOTALE</b>	<b>1000</b>		<b>63</b>	

*Tabella 6. Codice colore di accesso nella UO PS espresso in percentuale delle cartelle analizzate*

La compilazione della cartella infermieristica è avvenuta maggiormente nei pazienti con codice colore assegnato verde e giallo, inesistente nei pazienti con

codice colore bianco, con percentuale bassa nei pazienti con codice colore azzurro e rosso.

Nella tabella 7, di seguito riportata, è indicato l'esito delle 1000 cartelle analizzate.

ESITO	CARTELLE	PERCENTUALE
DIMISSIONE	762	76,2%
RICOVERO	194	19,4%
RIFIUTA RICOVERO	17	1,7%
ABBANDONA PS	8	0,8%
DECEDUTO	1	0,1%
SI ALLONTANA	3	0,3%
TRASFERITO IN SPECIALISTICA	14	1,4%
NON RIENTRA	1	0,1%

*Tabella 7. Esito del percorso del paziente nella U.O. PS nelle cartelle*

*analizzate, espresso in percentuale*

Nonostante la presenza della scheda infermieristica sul programma First-Aid utilizzato in PS la percentuale delle cartelle infermieristiche compilate risulta molto bassa.

Solo 12 cartelle infermieristiche compilate su 63, riportano una valutazione delle condizioni del paziente e una valutazione infermieristica dei bisogni dello stesso, le restanti 51 cartelle infermieristiche compilate si limitano a riportare un elenco di attività svolte dall'infermiere come previsto dalla scheda infermieristica del programma in uso.

## 6.2 ANALISI PROSPETTICA

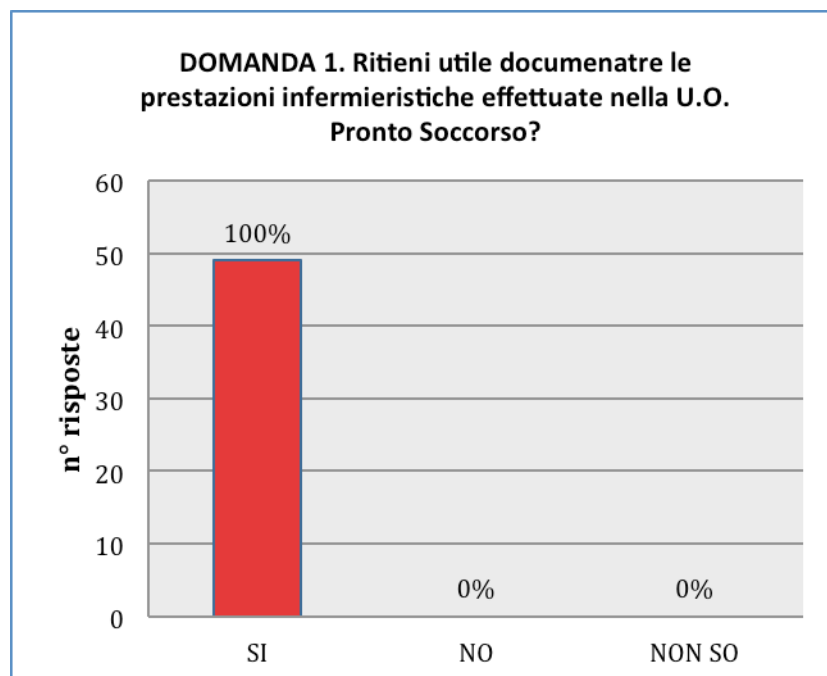
### 6.2.1 PRONTO SOCCORSO

Nella UO di PS sono assegnati 49 infermieri, pertanto sono stati consegnati 49 questionari.

La risposta ai questionari distribuiti è stata del 100% (49 questionari ritirati compilati).

Il questionario distribuito comprendeva 11 domande a risposta chiusa.

Dalle risposte alla domanda n. 1 si evince che tutto il personale infermieristico del PS (100%) ritiene utile documentare le prestazioni infermieristiche da loro effettuate, come riportato dal Grafico 2.



*Grafico 2. Analisi delle risposte alla domanda n. 1 del questionario somministrato*

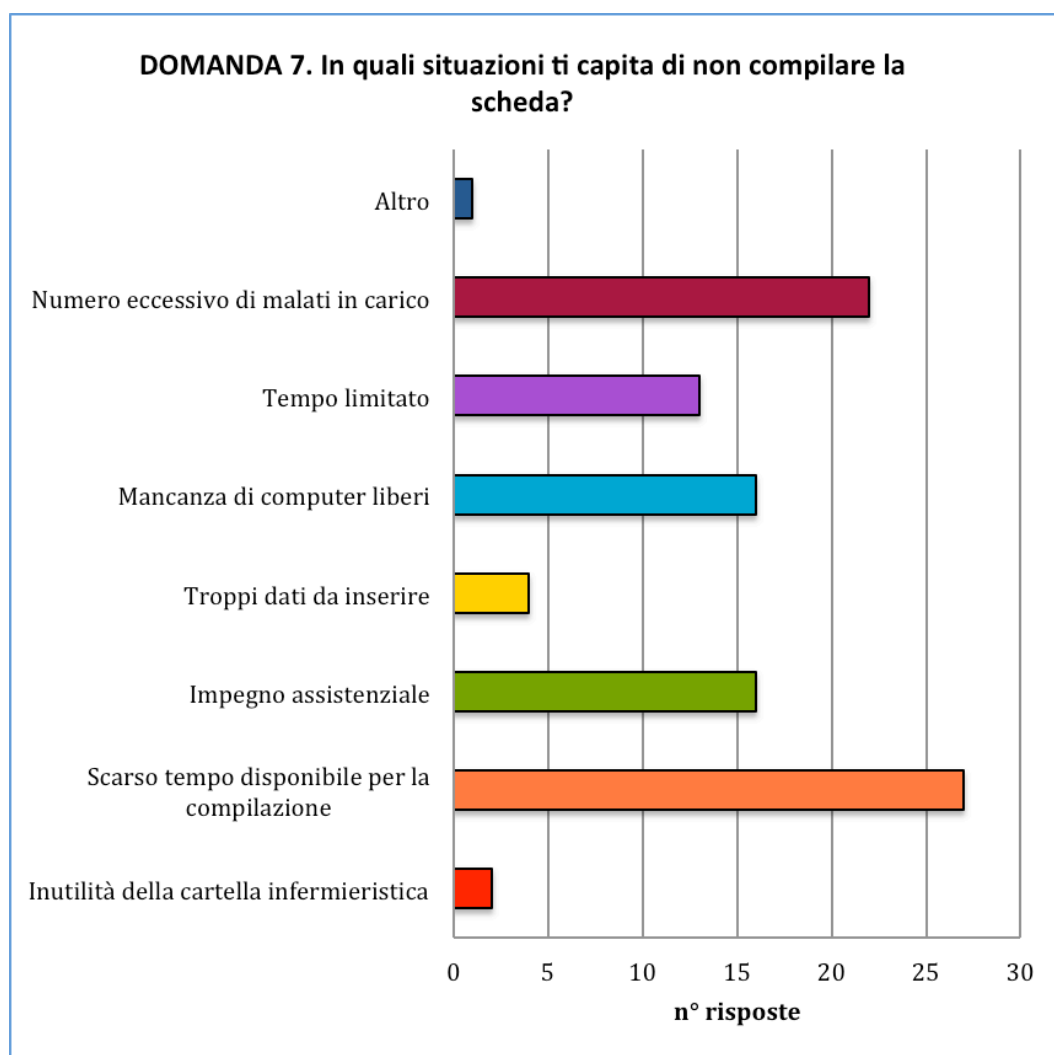


Nonostante la sensibilità nel documentare dimostrata dal personale infermieristico, alla domanda numero 2 “Escludendo l'OBI, nella UO di PS esiste la cartella infermieristica?”, solo il 76% degli infermieri è a conoscenza della presenza della cartella infermieristica informatizzata presente nel programma First-Aid e il restante 24% afferma che non è presente in reparto una cartella infermieristica.

La cartella infermieristica informatizzata è ritenuta adeguata dal 61% degli infermieri, il 34 % l'ha ritenuta inadeguata.

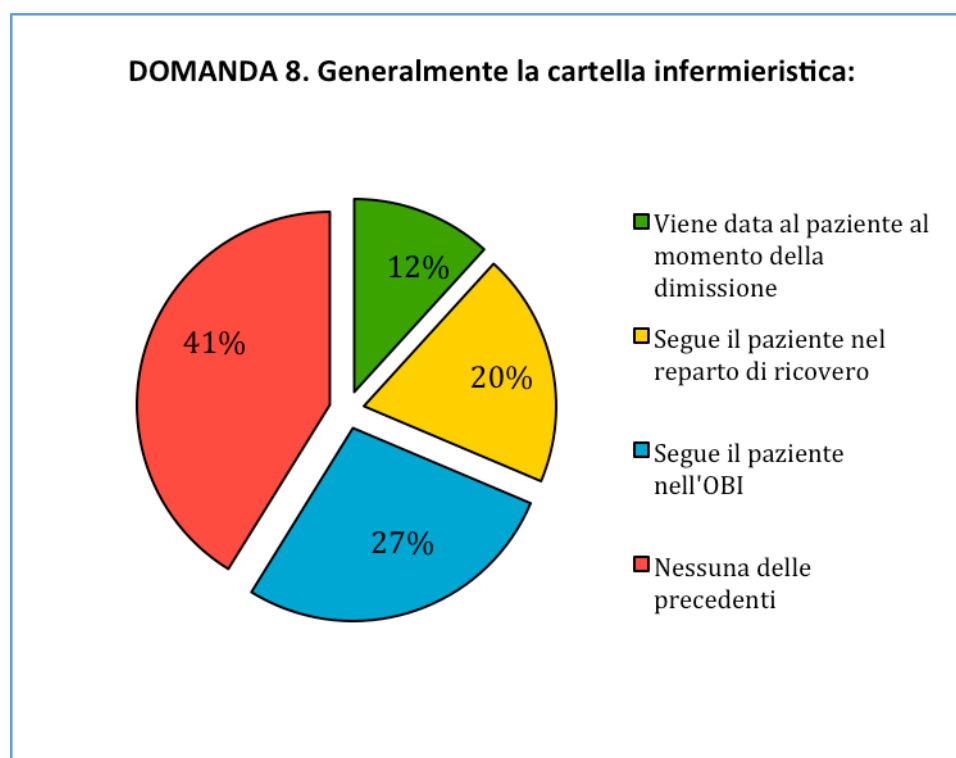
Dall'analisi delle risposte date alla domanda 5 “Per i pazienti che accedono alla U.O. Pronto Soccorso compili la cartella infermieristica?” e 6 “ Quando compili la cartella infermieristica?” si deduce che l' 8% degli infermieri sostiene di compilare sempre la cartella infermieristica, il 61% qualche volta, il 28% raramente e il 3% ammette di non compilarla mai e la compilazione della cartella avviene da parte dell'infermiere nel 63% dei casi ogni volta che ha tempo, nel 16% contestualmente all'esecuzione delle attività e nel 5% ritaglia un po' di tempo per compilarne diverse.

Alla domanda n.7 “In quali situazioni ti capita di non compilare la scheda?” il 27% degli infermieri ritiene di non compilare la cartella infermieristica per scarso tempo disponibile, il 22% attribuisce la scarsa compilazione al numero eccessivo di malati in carico, il 16 % alla mancanza di computer liberi, il 13 % al tempo limitato come riportato nel Grafico 3 di seguito riportato.



*Grafico 3. Analisi delle risposte alla domanda n. 7 del questionario somministrato*

Alla domanda n. 8, il 41 % degli infermieri sostiene che la cartella infermieristica non viene consegnata al paziente dimesso e non segue il paziente né nel reparto di ricovero, né segue il paziente che viene assegnato all'Osservazione Breve Intensiva, come riportato nel Grafico 4.



*Grafico 4. Analisi delle risposte alla domanda n. 8 del questionario somministrato*

Alla domanda n. 9 sull'importanza della cartella infermieristica nella continuità assistenziale, il 38% afferma che la cartella infermieristica possa essere utile per i pazienti che vengono inviati nel reparto, il 37% per i pazienti che rimangono in Osservazione Breve Intensiva, il 23% per i pazienti che vengono dimessi e solo il 2% ritiene che la cartella infermieristica non sia importante per la continuità assistenziale del paziente.

Le ultime 2 domande, la numero 10 e la numero 11 del questionario, riguardavano il tempo di assunzione e l'anzianità di servizio presso UO PS riportate nella tabella n.8.

ASSUNZIONE		TEMPO		
DETERMINATO	INDETERMINATO	0 - 1 ANNO	1 - 3 ANNI	PIÙ DI 3 ANNI
6	43	6	12	31

Tabella 8. Risposta alle domande n. 10 e 11 del questionario somministrato

### 6.2.2 UNITÀ OPERATIVE

La percentuale media di risposta ai questionari distribuiti presso le Unità Operative sopra citate è stata del 58,6%. Tale percentuale è dovuta alla mancata compilazione del questionario da parte degli infermieri afferenti alle Unità Operative di Chirurgia Generale e d'Urgenza e Malattie Cardiovascolari 2 e U.T.I.C. – M.C.V. 2°.

Il questionario distribuito comprendeva dieci domande a risposta chiusa.

Il numero dei questionari compilati dalle singole UUOO e la relativa percentuale è riportata nella Tabella 9.

REPARTO	QUESTIONARI CONSEGNATI	QUESTIONARI COMPILATI	% QUESTIONARI COMPILATI
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	25	0	0,0%
MEDICINA GEERALE 1	12	12	100,0%
MEDICINA GENERALE 2	12	9	75,0%
MEDICINA GENERALE 4	12	10	83,3%
MEDICINA GENERALE 5 E GERIATRIA	11	7	63,6%
MEDICINA D'URGENZA OSPEDALIERA	20	12	60,0%
MEDICINA D'URGENZA UNIVERSITARIA	14	8	57,1%
MALATTIE CARDIOVASCOLARI 1 E UTIC MCV 1	33	29	87,9%
MALATTIE CARDIOVASCOLARI 2 E UTIC MCV 2	16	0	0,0%
<b>Totale</b>	155	87	56,1%
		<b>MEDIA RISPOSTA</b>	<b>58,6%</b>

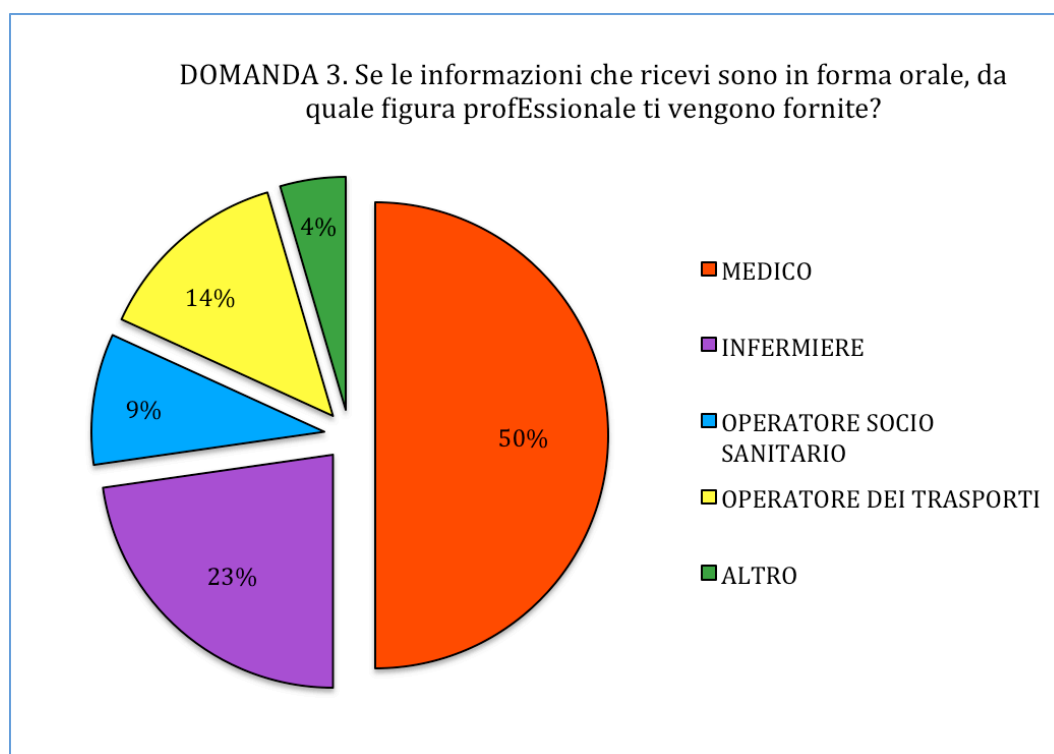
Tabella 9. Numero di questionari compilati dalle singole Unità Operative espresso in %

Le risposte dei questionari delle singole UUOO sono state raccolte e analizzate tramite il programma Excel.

Dall'analisi delle risposte fornite alla domanda n.1 "Il paziente proveniente dalla UO PS è accompagnato da informazioni così sa permetterti di avere un quadro più completo della sua condizione?", l'83% degli infermieri che hanno risposto al questionario sostengono di sì, mentre il 17% sostiene di non avere informazioni sufficienti.

Dall'analisi delle risposte fornite alla domanda n. 2 . "Se sì, le informazioni che ricevi sono in forma?" , l'84 degli infermieri sostiene di ricevere informazioni in forma scritta, il 5% in forma orale e l'11% non ha risposto alla domanda.

Nel Grafico 5 si riporta l'analisi delle risposte fornite alla domanda n. 3 del questionario, il 4% degli infermieri che hanno risposto altro sostengono di ricevere informazioni orali dal paziente stesso.

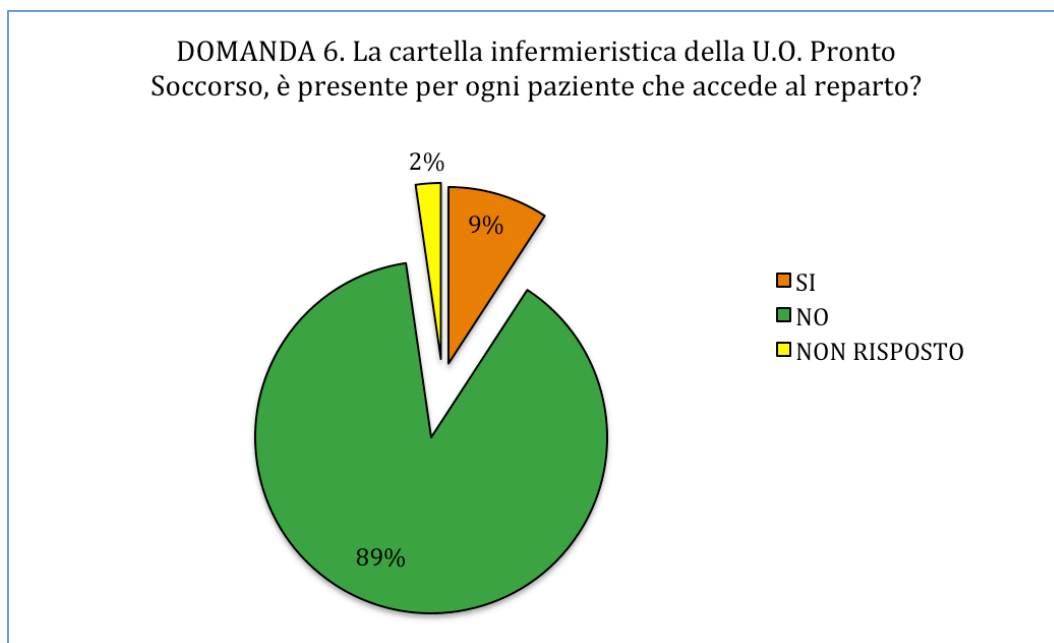


*Grafico 5. Analisi delle risposte alla domanda n. 3 del questionario somministrato*

Prevalentemente le informazioni in forma scritta vengono ricavate dal verbale dell'UO di PS (95%), come rilevato dall'analisi della domanda n. 4, solo il 4% le ricava dalla cartella infermieristica della UO di PS. Generalmente le informazioni che vengono fornite sono nella maggior parte dei casi relative all'attività realizzate dal medico (46%), successivamente riguardano la ricostruzione cronologica del percorso clinico assistenziale del paziente (16%) e le attività realizzate dall'infermiere (17%), quasi inconsistenti quelle che riguardano il livello di autonomia del paziente (7%), i bisogni assistenziali (7%) e la diagnosi infermieristica (5%), come rilevato dall'analisi della domanda n.5 "Quali sono le informazioni che ti vengono abitualmente fornite?".

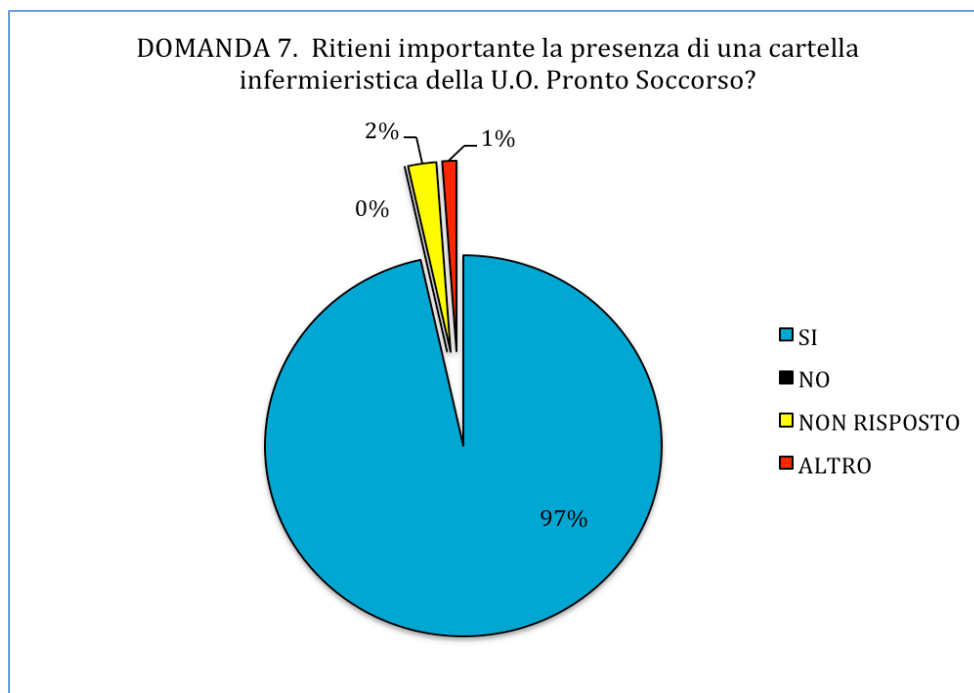
La cartella infermieristica della UO di PS non accompagna quasi mai il

paziente nei reparti di destinazione, come evidenziato dal Grafico 6.

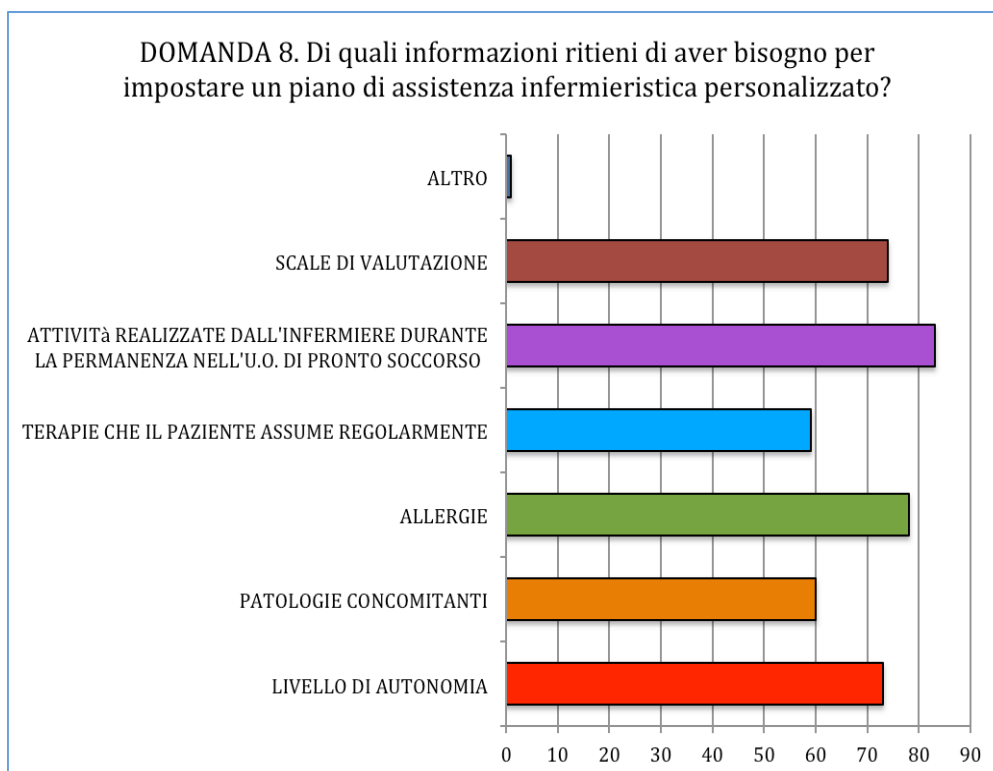


*Grafico 6. Analisi delle risposte alla domanda n. 6 del questionario somministrato*

La quasi totalità degli infermieri delle UUOO ritiene importante la presenza di una cartella infermieristica di Pronto Soccorso, come evidenziato dal grafico n.7 che riporta le percentuali di risposta alla domanda n.7 e che le informazioni di cui ha bisogno per impostare un piano assistenziale sono di natura infermieristica, come riportato nel grafico n.8 che riporta le percentuali di risposta alla domanda n.8.



*Grafico 7. Analisi delle risposte alla domanda n. 7 del questionario somministrato*



*Grafico 8. Analisi delle risposte alla domanda n. 8 del questionario somministrato*



Le ultime 2 domande, la numero 9 e la numero 10 del questionario, riguardavano il tempo di assunzione e l'anzianità di servizio presso l'Unità Operativa di Pronto Soccorso riportate nella tabella n.10.

REPARTO	ASSUNZIONE		TEMPO		
	DETERMINATO	INDETERMINATO	0 - 1 ANNO	1 - 3 ANNI	>3 ANNI
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	0	0	0	0	0
MEDICINA GEERALE 1	0	12	1	2	9
MEDICINA GENERALE 2	0	9	3	6	0
MEDICINA GENERALE 4	0	10	0	1	9
MEDICINA GENERALE 5 E GERIATRIA	2	5	2	1	4
MEDICINA D'URGENZA OSPEDALIERA	0	12	3	1	8
MEDICINA D'URGENZA UNIVERSITARIA	0	8	0	5	3
MALATTIE CARDIOVASCOLARI 1 E UTIC MCV 1	0	28	2	3	23
MALATTIE CARDIOVASCOLARI 2 E UTIC MCV 2	0	0	0	0	0

*Tabella 10. Risposta alle domande n. 9 e 10 del questionario somministrato*

## CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI

Dall'indagine retrospettiva relativa allo studio della compilazione della cartella infermieristica informatizzata si evidenzia come dall'analisi delle 1000 cartelle valutate solo 63 possedessero la cartella infermieristica informatizzata compilata (6%) mentre le restanti 937 non avessero la cartella infermieristica informatizzata compilata (93%).

I tempi di permanenza in PS variano in base al codice colore di Triage, nel migliore dei casi la permanenza è inferiore alle 2 ore, ma può anche superare le 8 come precedentemente mostrato.

La compilazione della cartella infermieristica informatizzata è stata prodotta più frequentemente nei pazienti con codice colore assegnato verde (30,2%) e giallo (58,7%), meno frequentemente nei pazienti con codice colore assegnato rosso (7,9%) e azzurro (3,2%), inesistente nei pazienti con codice colore assegnato bianco (0%).

Se confrontiamo questo dato con i tempi di permanenza nella UO di PS relativamente al codice di colore assegnato, nasce il sospetto che la compilazione della cartella infermieristica informatizzata possa essere tempo dipendente (maggiore permanenza, maggiore probabilità di compilazione della cartella infermieristica informatizzata). Infatti, i pazienti che più a lungo permangono in PS sono proprio quelli con codice colore verde e giallo assegnato al Triage. I pazienti con codice a bassa priorità permangono molto meno tempo in PS rispetto ai codici ad alta priorità, (risultanza sicuramente attribuibile all'ambulatorio a loro dedicato in orario diurno), all'esito dei codici ad alta priorità (che si conclude generalmente con il ricovero) o alla non

indifferente mole di esami diagnostico-strumentali ai quali questi pazienti vengono sottoposti.

La mancata compilazione della stessa può trovare giustificazione anche in una mancata conoscenza dello strumento in uso, (il percorso di inserimento nella UO di PS non prevede una formazione specifica mirata per la cartella infermieristica informatizzata).

L'analisi delle cartelle infermieristiche informatizzate consente di rilevare come esse siano spesso incomplete in una o più parti, come rechino errori di omissione e stesura e sussistano numerose discrepanze tra le annotazioni mediche e quelle infermieristiche.

Un principio generale da tenere sempre presente, già citato negli aspetti legali della documentazione infermieristica, è quello che afferma: “se non è documentato, non è stato fatto”. Quindi, in presenza di registrazioni carenti e non esaustive, spesso ci si carica del difficile onere di dimostrare ciò che non si è documentato.

All'interno dei DEA, documentare diventa fondamentale anche alla luce della legge approvata dalla regione che orienta la sanità toscana verso un'organizzazione per intensità di cura, facendo del PS il fulcro del percorso del paziente. L'infermiere deve diventare consapevole di questa nuova prospettiva ed indirizzare le sue conoscenze e professionalità verso un'ottica di continuità delle cure, sia per il paziente ricoverato ma anche per quello dimesso che può intraprendere un percorso di cure domiciliari ed essere affidato oltre che al Medico di Famiglia, anche dall'Infermiere di Famiglia e Comunità.

Alla luce dei dati analizzati risulta evidente come questa carenza professionale possa comportare dannose conseguenze alla continuità assistenziale del

paziente.

Dal momento che il programma attualmente in uso non si interfaccia con le altre UUOO (la cartella infermieristica informatizzata è presente soltanto nella UO di PS) di fatto crea un GAP informatico che interrompe il dialogo non solo fra le varie UUOO, ma anche fra gli stessi operatori, comporta una riduzione di informazioni talora fondamentali per la cura e il benessere del paziente.

Solo 12 cartelle infermieristiche compilate su 63, riportano una valutazione delle condizioni del paziente e una valutazione infermieristica dei bisogni dello stesso, le restanti 51 cartelle infermieristiche compilate si limitano a riportare un elenco di attività svolte dall'infermiere come previsto dalla scheda infermieristica del programma in uso.

La valutazione dei bisogni assistenziali che risulta essere a tutt'oggi ancora carente nella nostra professione, richiama l'attenzione sulle possibili cause:

1. Carenza in termini quantitativi dei crediti formativi universitari nel settore specifico?
2. Carenza in termini qualitativi dei crediti formativi? (somministrati tra l'altro dal personale docente infermieristico)
3. Ridotto interesse della ricerca dei modelli teorici della propria professione finalizzata alla pianificazione olistica dell'assistenza a favore invece di un approccio "biomedico" proprio dell'urgenza?

Molti quindi sono gli interrogativi che si evincono dall'analisi di questa ricerca:

- a. La mancata compilazione può quindi essere la conseguenza di una inadeguata formazione degli infermieri nella UO di PS?
- b. Il carico di lavoro risulta troppo gravoso da non consentire loro di non

potersi fermare a documentare quanto eseguito?

- c. La disponibilità di un dispositivo a loro dedicato per la compilazione, in tempo reale, della cartella infermieristica, (i computer a disposizione nelle varie aree del PS spesso sono utilizzati dal personale medico durante la visita) potrebbe migliorare tale situazione?
- d. L'utilizzo ad esempio di palmari potrebbe agevolare a sensibilizzare motivare maggiormente l'infermiere nella compilazione della cartella infermieristica informatizzata?

Un'altra riflessione riguarda lo strumento in se: la cartella infermieristica informatizzata attualmente in uso in Pronto Soccorso risulta essere infatti di non facile comprensione per gli infermieri delle altre Unità Operative, ed è così che la documentazione segue il paziente ancora solo in forma cartacea interrompendo così il flusso di informazioni che si viene a creare dal Pronto Soccorso, andando contro tutte quelle Leggi e Decreti attualmente in vigore che ambiscono per spingere la Sanità verso un linguaggio informatizzato comune, creando dati accessibili in tempo reale e fruibili da tutti i professionisti del settore.

Dall'indagine prospettica nella UO di PS la risposta ai questionari distribuiti ai 49 infermieri, ivi operanti, è stata del 100% (49 questionari ritirati compilati).

Dall'analisi delle risposte fornite nel questionario, la totalità degli infermieri ritiene utile documentare le prestazioni infermieristiche da loro effettuate, ma nonostante la sensibilità dimostrata, solo il 76% degli infermieri è a conoscenza della presenza della cartella infermieristica informatizzata nel programma First-Aid.

Questa mancanza di informazione potrebbe essere attribuita ad un percorso di

inserimento carente, oppure alla consuetudine, di considerare di non così tale importanza la documentazione di ciò che si fa.

Dall'analisi del questionario l' 8% degli infermieri sostiene di compilare sempre la cartella infermieristica, il 61% qualche volta, il 28% raramente e il 3% ammette di non compilarla mai, dato che contrasta con l'analisi retrospettiva condotta.

La compilazione della cartella avviene da parte dell'infermiere ogni volta che ha tempo, attribuendo al fattore tempo la causa della non compilazione delle cartelle infermieristiche informatizzate, (infatti alcuni hanno dichiarato di compilare più cartelle insieme).

Gli ostacoli maggiori percepiti dagli infermieri del Pronto Soccorso alla compilazione sono: tempo limitato, dal gravoso impegno assistenziale dovuto all'eccessivo numero di malati in carico e mancanza di computer liberi.

Forse la scheda infermieristica informatizzata attualmente in uso non è di così semplice e facile utilizzo per gli infermieri di Pronto Soccorso.

La mancanza di computer liberi potrebbe essere ovviata con l'utilizzo di palmari.

La maggior parte degli infermieri di Pronto Soccorso inoltre ritiene che la cartella infermieristica non debba seguire il paziente nel suo percorso di cura, sia esso il domicilio o un reparto di ricovero. Questo atteggiamento negativo può essere attribuito ad una ridotta sensibilità professionale, che tende a sminuire il lavoro svolto, che non sa valorizzare l'assistenza seguendo il progetto della continuità assistenziale e che non ama gratificare il proprio essere e il proprio saper fare.

Dall'indagine prospettica nelle varie Unità Operative la percentuale media di risposta ai questionari è stata del 58,6%. Tale bassa percentuale è il frutto di una mancata compilazione del questionario da parte degli infermieri afferenti alle Unità Operative di Chirurgia Generale e d'Urgenza e Malattie Cardiovascolari 2 e U.T.I.C. – M.C.V. 2° denunciando così una mancata sensibilità alla crescita della nostra professione, e l'importanza del confronto e della ricerca.

Dall'analisi delle risposte fornite l'83% degli infermieri sostiene di ricevere informazioni sufficienti per l'assistenza del paziente.

Prevalgono le informazioni in forma scritta ricavate prevalentemente dal verbale dell' U.O. di Pronto Soccorso e, ahimè, le informazioni che vengono fornite sono relative all'attività svolta dal medico; inoltre alcuni infermieri sostengono di ricevere informazioni in forma orale, spesso comunicate dal paziente stesso.

La cartella infermieristica della U.O. di Pronto Soccorso non accompagna quasi mai il paziente nei reparti di destinazione, come confermato dall'analisi delle risposte fornite dagli infermieri delle altre Unità Operative, i quali peraltro ritengono che la compilazione della scheda infermieristica sia fondamentale a garantire la continuità assistenziale ed auspicano inoltre che si provveda a una maggiore chiarezza e completezza dello strumento interno.

## **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

### **SITOGRAFIA**

- Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- Cinhal (<http://www.ebscohost.com/academic/cinahl-plus-with-full-text/>)
- Medscape ([www.medscape.com](http://www.medscape.com))
- Agenzia per la Ricerca e la missione di Qualità AHRQ ([www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov))
- [www.nursesarea.it](http://www.nursesarea.it)
- [www.infermieri.com](http://www.infermieri.com)
- [www.infermierionline.it](http://www.infermierionline.it)
- [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)
- Banca dati Pronto Soccorso di Cisanello

### **BIBLIOGRAFIA**

- ABA, 2000. Code of Professional Conduct for Nurses. An Bord Altranais, Dublin
- Barbieri G., Pennini A. 2008. Le responsabilità dell'infermiere, dalla normativa alla pratica. Carocci
- Bailey Kenneth. 1995. Metodologia della ricerca sociale. Bologna, Il mulino
- Benci L. 2005. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. McGraw Hill
- Benci L. (2008). Aspetti giuridici della professione infermieristica. McGraw Hill



- Casati Monica. 1999. La documentazione infermieristica. Milano, McGraw Hill
- Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. 2006. The study of nursing documentation complexities. *Int J of Nursing Pract* 2006; 12: 366–374
- Crouch R., Williams S. 2006. Patient dependency in the emergency department (ED): reliability and validity of the Jones dependency tool (JTD). *Accident and Emergency Nursing* 14, 219-229
- Dunnion ME, Griffin M. 2010. Care planning in the emergency department. *International emergency nursing*, 18(2), 67-75
- Egglund E.T., Heinemann D. 1994. Nursing documentation Charting, Recording and Reporting. Philadelphia: Lippincott
- Federazione Nazionale Collegio IPASVI, a cura di Annalisa Silvestro. 2009. Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009. McGraw Hill
- Frank-Stromborg M., Christensen A., Elmhurst D. 2001. Nurse documentation: not done or worse, done the wrong way – Part 2. *Oncology Nursing Forum* 28 (5), 841-846
- Gruppo Formazione Triage. 2000. Triage Infermieristico. Milano, McGraw Hill
- Griffiths P. 1998. An investigation into the description of patients' problems by nurses using two different needs-based nursing models. *Journal of Advanced Nursing* 28 (5), 969-977
- Hilton P., Taylor H. 2004. In: Hilton P. (Ed), *Fundamental Nursing Skills*. Whurr Publishers, London, pp. 159-177 (Chapter 6)

- IPASVI. Professionalità, autonomia e responsabilità infermieristica. I Quaderni dell'infermiere. Supplemento de L'Infermiere n. 2, aprile 2008
- IPASVI. La documentazione infermieristica: riflessioni operative e giuridiche. I quaderni de L'Infermiere n. 24, febbraio 2009
- Jones G., 1993. Models of nursing in accident and emergency. Accident and Emergency Nursing 1 (1), 41-48
- Lee T., Chang P., 2004. Standardized care plans: experience of nurses in Taiwan. Journal of Clinical Nursing 13, 33-40
- Lobiondo-Wood Geri e HABER Judith. 1999. Metodologia della ricerca infermieristica. Milano, McGraw Hill
- Murphy K., Cooney A., Casey D., Connor M., O'Connor J., Dineen B., 2000. The Roper, Logan and Tierney. 1996. Model: perceptions and operationalization of model in psychiatric nursing within a Health Board in Ireland. Journal of Advanced Nursing 31 (6), 1333-1341
- Otieno O G, Toyama H, Kanai-Pak M & Naitoh K. 2007. Nurses' views on the use, quality and user satisfaction with electronic medical records: questionnaire development. Journal of Advanced Nursing 60(2), 209-219
- Pearson A., Vaughan B., FitzGerald M., 2005. Nursing Models for Practice, 3rd ed. Butterworth Heinmann, Edinburgh
- Rodriguez D. 1994. La cartella infermieristica. Alcuni spunti di pertinenza medico-legale. Scenario, (4), 17-24
- Rodriguez D., Aprile A. 2004. Medicina legale per infermieri. Carocci Faber

- Sbaih L. 1992. Finding a model that fits: the use of nursing models in A&E. Professional Nurse 7 (9), 566-569
- Senes G., Bugnoli S. 2010. “La documentazione sanitaria” in La responsabilità dell’infermiere e le sue competenze. Maggioli Editore
- Spinsanti 1995. Relazione dell’etica e della deontologia medica con la bioetica. Cit. in Romano C., Grassini G., Bioetica. Torino: UTET
- Tornvall E, Wilhelmsson S & Wahren LK. 2007. Impact of primary care management on nursing documentation. J of Nursing Man, ,15, 634–642.
- Wright K. 2005. Care Planning: an easy guide for nurses. Nursing and Residential Care 7 (2), 71-73
- Young A. 2002. Improving care planning and communication. Mental Health Practice 5 (7), 8-10
- Zammuner Lucia. 1998. Tecniche dell’intervista e del questionario. Bologna, Il Mulino

## **ALLEGATO 1**

### **QUESTIONARIO SULLA CARTELLA INFERMIERISTICA IN PRONTO SOCCORSO**

Gentile Infermiere/a,

sono una collega studente al secondo anno della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, e ai fini dello svolgimento del mio lavoro di tesi ti propongo la compilazione di un questionario indirizzato agli operatori che prestano servizio nella U.O. Pronto Soccorso.

Il questionario consta di 11 domande a risposte chiuse, è anonimo e i dati riferiti verranno trattati nel rispetto della normativa vigente (Legge 675/1996 e del D.Lgs 196/2003).

Non esistono risposte giuste o sbagliate, o più accettabili di altre: ti prego di dare quelle che corrispondono alla tua esperienza di lavoro quotidiana.

Note per la compilazione:

- Per consentire l'elaborazione dei dati, è necessario rispondere alle domande a risposta chiusa, annerendo completamente l'apposito spazio come nel seguente

esempio: ☐ ☒

- Per consentire una migliore elaborazione delle domande a risposta aperta, si richiede di scrivere in STAMPATELLO.

Chiedo la tua gentile collaborazione pregandola di compilare e riconsegnare il seguente questionario al Coordinatore Infermieristico.

La ringrazio fin da ora della tua preziosa collaborazione.

Distinti saluti

1. Ritieni utile documentare le prestazioni infermieristiche effettuate nella U.O. Pronto Soccorso?  
☐ Sì  
☐ No  
☐ Non so
  
2. Escludendo l'OBI, nella U.O. di Pronto Soccorso esiste la cartella infermieristica?  
☐ Sì, è presente (proseguì alla prossima domanda)  
☐ No, non è presente (vai alla domanda n 9)  
☐ Non so (vai alla domanda n 9)
  
3. Se sì, in che formato è presente?  
☐ Cartacea  
☐ Informatizzata
  
4. Come consideri la cartella in uso nella U.O. Pronto Soccorso?  
☐ Adeguata  
☐ Inadeguata  
☐ Altro \_\_\_\_\_
  
5. Per i pazienti che accedono in Pronto Soccorso compili la cartella infermieristica?  
☐ Sempre  
☐ Qualche volta  
☐ Raramente  
☐ Mai
  
6. Quando compili la cartella infermieristica?  
☐ Contestualmente all'esecuzione delle attività  
☐ Ogni volta che ho tempo

- ☐ Ritaglio un po' di tempo per compilarne diverse
7. In quali situazioni ti capita di non compilare la scheda (puoi barrare più di una risposta)?
- ☐ Inutilità della cartella infermieristica
- ☐ Scarso tempo disponibile per la compilazione
- ☐ Impegno assistenziale
- ☐ Troppi dati da inserire
- ☐ Mancanza di computer liberi
- ☐ Tempo limitato
- ☐ Numero eccessivo di malati in carico
- ☐ Altro \_\_\_\_\_
8. Generalmente la cartella infermieristica (puoi barrare più di una risposta):
- ☐ Viene data al paziente al momento della dimissione
- ☐ Segue il paziente nel reparto di ricovero
- ☐ Segue il paziente nell'Osservazione Breve del Pronto Soccorso
- ☐ Nessuna delle precedenti
- ☐ Tutte le precedenti
9. Ritieni che la cartella infermieristica del Pronto Soccorso possa essere utile per la continuità assistenziale del paziente (puoi barrare più di una risposta):
- ☐ Dimesso
- ☐ Trasferito in Osservazione Breve del Pronto Soccorso
- ☐ Trasferito in Reparto
- ☐ Nessuna delle precedenti
- ☐ Tutte le precedenti
10. Sei assunto come Infermiere/a:
- ☐ A tempo determinato

☐ A tempo indeterminato

11. Anzianità di servizio nell'Unità Operativa di Pronto Soccorso:

☐ 0-1 anni

☐ 1-3 anni

☐ Più di 3 anni

## **ALLEGATO 2**

### **QUESTIONARIO SULLA CARTELLA INFERMIERISTICA DI PRONTO SOCCORSO**

Gentile Infermiere/a,

sono una collega studente al secondo anno della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, e ai fini dello svolgimento del mio lavoro di tesi ti propongo la compilazione di un questionario indirizzato agli operatori che prestano servizio nelle UU.OO. che accettano pazienti provenienti dal Pronto Soccorso.

Il questionario consta di 10 domande a risposte chiuse, è anonimo e i dati riferiti verranno trattati nel rispetto della normativa vigente (Legge 675/1996 e del D.Lgs 196/2003).

Non esistono risposte giuste o sbagliate, o più accettabili di altre: la prego di dare quelle che corrispondono alla sua esperienza di lavoro quotidiana.

Note per la compilazione:

- Per consentire l'elaborazione dei dati, è necessario rispondere alle domande a risposta chiusa, annerendo completamente l'apposito spazio come nel seguente

esempio: ☐ ☒

- Per consentire una migliore elaborazione delle domande a risposta aperta, si richiede di scrivere in STAMPATELLO.

Chiedo la tua gentile collaborazione pregandoti di compilare e riconsegnare il seguente questionario al tuo Coordinatore Infermieristico.

Ti ringrazio fin da ora della tua preziosa collaborazione.

Distinti saluti



1. Il paziente proveniente dal Pronto Soccorso è accompagnato da informazioni così da permetterti di avere immediatamente un quadro più completo della sua condizione?  
☐ Sì  
☐ No
  
2. Se sì, le informazioni che ricevi sono in forma?  
☐ Scritta (vai alla domanda n. 4)  
☐ Orale (proseguì alla prossima domanda)  
☐ Altro \_\_\_\_\_
  
3. Se le informazioni che ricevi sono in forma orale, da quale figura professionale ti vengono fornite?  
☐ Medico  
☐ Infermiere  
☐ Operatore Socio Sanitario  
☐ Operatore del servizio trasporti  
☐ Altro \_\_\_\_\_
  
4. Se le informazioni che ricevi sono in forma scritta, le ricavi da:  
☐ Verbale di Pronto Soccorso  
☐ Cartella infermieristica di Pronto Soccorso  
☐ Altro \_\_\_\_\_
  
5. Quali sono le informazioni che ti vengono abitualmente fornite (puoi barrare più di una risposta)?  
☐ Diagnosi infermieristica  
☐ Bisogni assistenziali  
☐ Livello di autonomia  
☐ Ricostruzione cronologica del percorso clinico-assistenziale  
☐ Attività realizzate dal Medico  
☐ Attività realizzate dall'infermiere

☐ Altro \_\_\_\_\_

6. La cartella infermieristica del Pronto Soccorso, è presente per ogni paziente che accede al reparto?

☐ Sì

☐ No

7. Ritieni importante la presenza di una cartella infermieristica di Pronto Soccorso?

☐ Sì

☐ No

☐ Altro \_\_\_\_\_

8. Di quali informazioni ritieni di aver bisogno per impostare un piano di assistenza infermieristica personalizzato (puoi barrare più di una risposta)?

☐ Livello di autonomia

☐ Patologie concomitanti

☐ Allergie

☐ Terapie che il paziente assume regolarmente

☐ Attività realizzate dall'infermiere durante la permanenza nell'U.O. di Pronto Soccorso (medicazioni, posizionamento dispositivi medici, ecc...)

☐ Scale di valutazione (lesioni da decubito, alimentazione, stato mentale, ecc...)

☐ Altro \_\_\_\_\_

☐ Tutte le precedenti

☐ Nessuna delle precedenti

9. Sei assunto come Infermiere/a:

☐ A tempo determinato

☐ A tempo indeterminato

10. Da quanto tempo lavori nel tuo reparto?

- ☐ 0-1 anni
- ☐ 1-3 anni
- ☐ Più di 3 anni